

OTONOMI

SEBAGAI SEBUAH PILIHAN

Oleh Linda Suryakusuma & Bert Gordijn

Abstract:

The introduction of autonomy as a fundamental important normative concept is probably the most important breakthrough in modern bioethics. However, when physicians and indeed, bioethicists, begin to assume that "autonomy is what we know is best for the patient", it is doubtful whether in such a situation, autonomy as a principle is autonomy indeed and not some paternalistic conception of autonomy that is being imposed on patients. The main aim of this paper is to argue in favor of regarding autonomy as a choice. It argues that autonomy is a social concept, not an individual one. Therefore support for regarding it as a choice should naturally be found in autonomy's social context, more specifically in its relationship with three major social determinants of contemporary medical practices, namely: freedom, culture and trust.

Analysis of each of these relationships reveals the conclusion that the only "autonomous" way to foster autonomy is by regarding it as a choice. In other words, the first decision a patient should make is whether or not he wants to use his right for medical decision making.

Kata Kunci:

Otonomi, pilihan, kebebasan, kebudayaan, kepercayaan, tantangan modern

1. Pendahuluan

Laporan Belmont dari *National Commission* di Amerika Serikat (1978) merupakan laporan pertama mengenai tiga prinsip etis: menghormati manusia, bertindak demi kebaikan, dan keadilan, sebagai prinsip utama dalam melindungi subyek manusia dalam penelitian biomedis. Segera setelah presentasi Laporan Belmont ini, Beauchamp dan Childress menerbitkan buku *Principles of Biomedical Ethics* pada tahun 1979. Melalui kelima edisi revisi selanjutnya, mereka mengembangkan teori moralitas bersama berlandaskan etika biomedis dengan pendekatan empat prinsip, yang selama dua dekade berikutnya memegang peranan penting dalam etika kedokteran kontemporer pada khususnya dan dalam

bioetika pada umumnya. Metode ini mengklaim bahwa prinsip menghormati otonomi, prinsip berbuat baik, prinsip tidak merugikan, dan prinsip keadilan, tidak saja mewakili hampir segenap problem bioetika namun juga merupakan prinsip-prinsip moral umum yang dapat diterima tanpa membedakan pandangan etis, politis, religius atau kebudayaan seseorang. Oleh karena itu, prinsip-prinsip ini harus diterapkan secara internasional dan melampaui kebudayaan manapun. Pandangan ini sekarang sering disebut "prinsipisme".

Tetapi, sebelum menerapkannya secara internasional, penting untuk diingat bahwa prinsipisme juga sarat muatan budaya Barat tempat ia berasal. Prinsipisme merefleksikan budaya

liberal/individualistis dan karenanya sarat budaya. Individualisme yang melandasi prinsipisme dapat dilihat dari pentingnya otonomi dalam teori moral ini. "Penghormatan terhadap otonomi – selama penghormatan tersebut konsisten dengan penghormatan terhadap otonomi semua pihak terkait – harus dilihat sebagai bagian integral dari ketiga prinsip lainnya dan karenanya dapat dianggap sebagai prinsip pertama dari empat prinsip yang setara".¹

Masalah utama di sini bukanlah perlu tidaknya kita menganggap serius otonomi. Kebebasan adalah hak asasi manusia dan berada pada posisi paling rentan ketika kita sedang sakit.² Sebaliknya, masalahnya adalah: ketika dokter dan juga praktisi bioetika, mulai berasumsi bahwa "otonomi adalah apa yang kita tahu paling baik bagi pasien", menjadi tidak jelas apakah dalam situasi ini, otonomi sebagai suatu prinsip adalah otonomi yang sesungguhnya dan bukan suatu konsepsi paternalistik mengenai otonomi yang dipaksakan pada pasien.

Oleh karena itu, tujuan utama esai ini adalah mengajukan argumentasi untuk memandang otonomi sebagai pilihan. Dengan kata lain, esai ini ingin mengusulkan bahwa keputusan pertama yang perlu diambil seorang pasien adalah apakah ia ingin menggunakan haknya untuk mengambil keputusan medis atau tidak. Sebagai pilihan, otonomi adalah sebuah konsep sosial dan bukan individual. Oleh karena itu faktor-faktor yang dapat mendukung pandangan ini seharusnya dapat ditemukan dalam konteks sosial otonomi, lebih spesifik lagi dalam hubungannya dengan tiga penentu sosial utama praktek kedokteran

kontemporer, yaitu: kebebasan, kebudayaan dan kepercayaan.

2. Otonomi dan Kebebasan

Pembedaan otonomi dari kebebasan amat penting karena walaupun merupakan syarat bagi eksistensi otonomi, kebebasan sendiri tidaklah cukup bagi suatu keputusan yang otonom. Beauchamp dan Childress mendefinisikan tiga kondisi bagi otonomi, yaitu maksud, pemahaman dan kebebasan dari pengaruh apapun.³ Dari berbagai definisi kebebasan, yang paling umum dikenal adalah "dapat berbuat sesuai dengan kehendak seseorang". Definisi ini menganggap bahwa kehendak seseorang bukan hasil manipulasi, sementara dalam realita, kehendak biasanya merupakan hasil manipulasi. Oleh karena itu, definisi kebebasan yang lebih mudah diterima adalah "dapat berbuat sesuai dengan apa yang mungkin menjadi kehendak seseorang" (Profesor Toon Vandeveldel dalam kuliah, Universitas Leuven, Belgia, 2006).

Definisi kebebasan ini paling baik digambarkan dalam sebuah kasus yang dilaporkan oleh seorang dokter dalam edisi *New Yorker Magazine* bulan Oktober 1999.⁴ Seorang pria berusia akhir tigapuluhan dengan pneumonia bakterial, yang tengah berada dalam kondisi gagal nafas serius, menolak intubasi walaupun telah dibujuk sekuat tenaga oleh staf medis rumah sakit. Dokter yang menanganinya menghormati keputusan tersebut, namun segera setelah pasien kehilangan kesadaran, ia mengintubasi sang pasien, menghubungkannya ke alat bantu napas dan membiusnya. Ketika kondisinya membaik 24 jam kemudian, pembiusan dihentikan dan pipa napas

dicabut. Kata-kata pertama sang pasien adalah "terima kasih".

Seperti ditegaskan Profesor Shimon Glick, otonomi tidak berarti apa-apa bagi orang mati.⁵ Dengan membiarkan pasien meninggal padahal seandainya ia diselamatkan (berlawanan dengan kehendaknya) ia akan bersyukur, kita mengabaikan keinginan otonom jangka pendeknya dan tidak mengacuhkan otonomi jangka panjangnya. Cara berpikir seperti ini sesuai dengan penolakan John Stuart Mill untuk membiarkan seseorang menjual dirinya sebagai budak, karena dengan demikian ia menggunakan kebebasan untuk kehilangan kebebasannya, yang merupakan esensi utama otonomi.

Sekarang, mari kita berasumsi bahwa ada seorang pasien yang tidak ingin membuat keputusan medis sendiri dan meminta dokternya untuk mengambil keputusan itu baginya. Apakah dengan berbuat demikian, ia menggunakan kebebasannya untuk kehilangan kebebasan jangka panjangnya? Jawabannya tentu saja dapat bervariasi tergantung alasannya, namun pada sebagian besar kasus, seorang pasien mungkin menolak untuk menggunakan haknya dalam mengambil keputusan medis, karena ia tidak yakin bahwa dirinya memiliki cukup pengetahuan untuk membuat keputusan medis penting dan karenanya menyerahkan kuasa untuk memutuskan kepada keluarganya (yang ia anggap tahu lebih banyak tentang dirinya daripada siapapun juga) atau kepada dokternya (yang ia anggap tahu lebih banyak tentang penyakitnya daripada dirinya maupun keluarganya). Dengan kata lain, ia menggunakan kebebasannya untuk mendelegasikan kuasa dalam

mengambil keputusan, karena ia takut kehilangan kebebasan jangka panjangnya.

3. Otonomi dan Kebudayaan

Raanan Gillon mengklaim bahwa posisi khusus prinsip menghormati otonomi akan memungkinkan, bahkan mewajibkan kita untuk menghormati baik variabilitas moral individual maupun variabilitas moral kultural, karena variabilitas ini akan mempengaruhi kepercayaan otonom seseorang, termasuk pendirian moral mereka. Namun, nampaknya ia juga berpendapat bahwa prinsip menghormati otonomi tidak mewajibkan kita untuk menghormati variasi kultural yang mengabaikan otonomi.⁶

Kebudayaan pada dasarnya membentuk pandangan seseorang terhadap penyakit, penderitaan dan kematian. Bahkan etnisitas merupakan faktor utama yang mempengaruhi sikap seseorang terhadap pengungkapan diagnosis atau prognosis dan pengambilan keputusan medis.⁷ Sebagai contoh, sebuah penelitian terhadap pasien lanjut usia di Carolina Utara mengungkap fakta bahwa warga Amerika kulit hitam hampir tiga kali lipat menginginkan lebih banyak pengobatan dibandingkan pasien kulit putih (42% vs 15%). Pilihan ini tidak bervariasi berdasarkan tingkat pendidikan (Morrison et al., 1998). Menyangkut pengungkapan diagnosis atau prognosis, di Italia, Perancis dan Eropa Timur, selain sebagian besar Asia, Amerika Tengah dan Selatan dan juga Timur Tengah, dokter dan pasien sering kali merasa bahwa merahasiakan informasi medis tertentu lebih manusiawi dan etis. Bahkan terdapat beberapa wawancara etnografis yang mengungkapkan kepercayaan bahwa

kebenaran mengenai diagnosis atau prognosis tidak boleh disampaikan karena dapat mempercepat kematian.⁸ Pada beberapa kebudayaan Asia, komunikasi tidak langsung atau nonverbal mengenai diagnosis dan prognosis lebih disukai demi menjaga martabat pasien dan memungkinkan adanya secercah harapan bagi sang pasien.⁹ Menyangkut pengambilan keputusan medis, beberapa penelitian deskriptif yang menilai prevalensi preferensi pasien terhadap pengambilan keputusan sampai pada kesimpulan bahwa banyak pasien tidak terlalu menyukai otonomi dalam arti liberal individualistik, dan sejumlah pasien bahkan lebih menyukai model paternalistik.¹⁰ Preferensi semacam ini tampaknya berlawanan dengan model yang menganggap pasien sebagai pengambil keputusan yang ideal, di mana seorang pasien yang otonom dalam kerangka liberal individualistik cenderung memutuskan pilihannya sendiri. Model ini lebih menyerupai konsep otonomi alternatif, seperti konsep Dworkin mengenai refleksi kritis (juga disebut kebebasan prosedural). Menurut konsep ini, seorang pasien dapat memutuskan untuk menyerahkan segala keputusan kepada dokternya, suatu konsep yang sesuai dengan maksud esai kami ini.

Di samping itu, penting untuk dicatat bahwa bahkan pasien di Amerika Serikat mengungkapkan keinginan mereka agar keluarga dan dokter bertindak sebagai pengambil keputusan, suatu fenomena yang tidak pernah terpikir oleh para dokter di sana.¹¹ Karena pendapat dokter sering kali didasarkan pada kepercayaan pribadinya mengenai keinginan pasien, dokter harus berhati-hati

agar tidak memaksakan otonomi kepada pasien.

Juga penting untuk diingat bahwa pemberian informasi dan pengambilan keputusan adalah dua konsep yang berbeda. Seorang dokter yang mengambil keputusan atas nama pasien harus tetap memenuhi segala persyaratan mengenai pengungkapan risiko. Sering kali, pasien menginginkan informasi mengenai tes dan prosedur medis demi ketenangan psikologis mereka dan bukannya untuk membantu pengambilan keputusan.¹²

4. Otonomi dan Kepercayaan

Onora O'Neill menggambarkan pengambilan keputusan medis secara otonom sebagai pedang bermata dua dalam bukunya *Autonomy and Trust in Bioethics*. Ia menyebut otonomi sebagai salah satu faktor penyebab menurunnya kepercayaan publik terhadap bidang kedokteran: "Meningkatnya otonomi individu dapat meningkatkan otonomi mereka yang berkuasa sehingga menambah kesempatan mereka untuk melakukan perbuatan tak terpuji dan meningkatkan ketidakpercayaan pihak lain terhadap mereka".¹³ Selain itu, beberapa sosiolog kedokteran berpendapat bahwa dalam etika kedokteran, otonomi hanya memberi ilusi berkurangnya otoritas para profesional, padahal sebenarnya otoritas tersebut tak terpengaruh. Pasien yang otonom sebenarnya tidak dapat menuntut atau menolak suatu terapi yang dianjurkan para profesional. Hak yang terbatas untuk menolak tidak memerlukan kapasitas untuk pemikiran yang bebas dan reflektif, sebaliknya hal ini dapat digunakan untuk mentransfer tanggung jawab formal mengenai pilihan (dan bahkan kegagalan) pengobatan kepada pihak pasien.

Proses persetujuan dengan tindakan medis memiliki dua tujuan yang berbeda namun serupa. Ia merupakan alat untuk meminimalisir kemungkinan tuntutan menurut hukum akibat adanya komplikasi terapi, dengan menerangkan kepada pasien mengenai akibat yang mungkin dan meminta persetujuan pasien sebelum melakukan tindakan. Ia juga menekankan tanggung jawab moral dokter dalam mengakui otonomi pasien dan memastikan keterlibatan pasien dalam proses pengambilan keputusan. Menyelesaikan satu komponen tidak berarti komponen lainnya juga telah terpenuhi. Situasi ini sering kali dibicarakan oleh para dokter yang merasa bahwa formulir persetujuan hanyalah formalitas belaka dan kelengkapannya bukan berarti berakhirnya tanggung jawab moral dokter terhadap pasien.¹⁴

Salah satu alasan utama diperlukannya persetujuan dengan tindakan medis adalah demi terciptanya komunikasi dokter pasien yang lebih personal. Namun seiring perkembangannya, tujuan ini telah bergeser, karena sebagai mekanisme kompensasi terhadap kewajiban untuk memberi penjelasan dalam waktu yang terbatas, para dokter mulai menggunakan semacam *checklist* mental mengenai poin-poin yang harus dijelaskan kepada pasien, dan selama mereka telah menjelaskan semua poin, mereka menganggap hal ini cukup. Satu-satunya orang yang benar-benar puas dengan penyampaian informasi mengenai penyakit, prognosis dan rencana terapi kepada pasien dalam penelitian yang dilakukan oleh Jafarey dan Farooqui adalah seorang ahli onkologi: "Ada enam hal yang harus diketahui pasien sebelum kemoterapi dimulai. Saya

memastikan bahwa mereka memahami hal ini dan kemudian saya lanjut". Beberapa dokter bahkan mengusulkan disusunnya formulir persetujuan dalam bentuk *checklist* bagi prosedur medis yang besar: "Walaupun formulir ini nantinya dapat terdiri dari banyak halaman, semua poin penting yang disetujui pasien akan tercantum di dalamnya". Tidakkah hal ini terdengar seperti kontrak bisnis?

Di samping itu, risiko lain yang muncul adalah kemungkinan disamarkannya tindakan medis yang tidak semestinya atau tindakan yang hanya berdasarkan alasan finansial belaka sebagai tindakan yang dilakukan demi menghormati keputusan pasien, terutama di negara berkembang di mana praktek dokter biasanya bersifat *fee for service*.¹⁵ Terlalu banyak tekanan pada otonomi menampilkan pengertian tentang pelayanan kesehatan sebagai salah satu jasa saja yang dapat dipesan oleh pelanggan (Cowley, 2005). Satu pemecahan terhadap masalah ini adalah dengan menekankan tanggung jawab resiprokal dalam proses pengambilan keputusan. Dalam kerangka berpikir ini, penting untuk diingat bahwa seseorang hanya dapat dimintai pertanggungjawaban atas pilihan yang ia buat, dan bukan atas sesuatu yang dipaksakan terhadap dirinya. Argumentasi ini sekali lagi mendukung perlunya menganggap otonomi sebagai sebuah pilihan.

5. Otonomi dan Tantangan Modern Lainnya

Otonomi pasien pada prinsipnya merupakan puncak legitimasi kedokteran barat (Ruhnke et al., 2000). Pada paruh kedua abad 20, kedokteran barat tidak hanya menyaksikan perkembangan

penting dalam ilmu dan teknologi kedokteran, namun juga perkembangan dalam diterapkannya etika biomedis terhadap proses pengambilan keputusan medis. Keputusan untuk tidak memberikan tindakan medis tertentu, merelakan pasien meninggal, formulir persetujuan tindakan medis dan otonomi pasien adalah masalah-masalah yang saat ini menjadi bagian dari perkembangan medis di negara maju.

Sebaliknya, kelanjutan pengobatan, pencegahan kematian dini atau kematian yang tidak perlu, pendidikan kesehatan dan perilaku pasien yang bertanggungjawab adalah masalah-masalah medis yang dihadapi negara berkembang. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Jafarey dan Farooqui tahun 2005 mengenai perspektif dokter terhadap proses persetujuan dengan tindakan medis di lingkungan pelayanan kesehatan Pakistan mengungkapkan fakta bahwa para dokter di Pakistan masih belum jelas mengenai pentingnya dan relevansi otonomi bagi pengguna akhir, yaitu para pasien. Pandangan ini bukannya tanpa alasan. Walaupun kedokteran barat dapat dilacak sampai era Hippokrates, otonomi baru mulai disebut dalam praktek kedokteran tiga puluh tahun lalu atau bahkan kurang.

Di samping itu, penting untuk diingat bahwa kelahiran prinsip otonomi dalam kedokteran barat tidaklah serta merta. Enam nilai budaya dapat menjelaskan berkembangnya tuntutan terhadap otonomi dalam bidang pelayanan kesehatan di tempat lahirannya, yaitu di AS. Masyarakat AS percaya pada kekuatan pasar, dan penetrasi mekanisme pasar dalam bidang medis beberapa tahun terakhir dipandang positif. Hal ini

mempertajam fokus pada konsumerisme dan tuntutan terkait lainnya. Masyarakat AS juga menjunjung tinggi individualisme dan terutama memikirkan kebutuhan dan keinginan pribadi mereka serta kelompok mereka dengan fokus terbatas pada tanggung jawab dan solidaritas sosial. Mereka aktif mencari pelayanan terbaik yang tersedia di pasar, dan sangat menghargai dan menuntut adanya pilihan, sumber utama penolakan terhadap bentuk *managed care* yang cenderung membatasi. Akhirnya, mereka sangat mempercayai perkembangan teknologi dan secara agresif menginginkan hal-hal yang lebih baru dan lebih baik.¹⁶

Singkatnya, otonomi telah menembus hampir setiap aspek kehidupan masyarakat barat sebelum ia mencapai bidang medis. Di lain pihak, sebagian besar masyarakat di negara berkembang tidak pernah mendengar kata "otonomi" dan bagi banyak dokter di negara-negara tersebut, pertama kalinya mereka mendengar kata ini adalah dari buku teks etika kedokteran. Bagi para dokter ini, bertindak demi kebaikan pasien, tidak merugikan dan keadilan merupakan bagian dari alasan mereka belajar di fakultas kedokteran, namun "membiarkan pasien mengambil keputusan medis"? Hmm...

6. Kesimpulan

Otonomi sebagai sebuah konsep barangkali merupakan terobosan paling penting dalam sejarah bioetika modern. Namun, dalam penerapannya, otonomi telah menjelma menjadi apa yang ingin dihindari oleh Beauchamp dan Childress: "Menghormati otonomi pasien memerlukan tindakan aktif (bukan hanya sekedar kewajiban untuk tidak

mengintervensi keputusan pribadi): kewajiban untuk menjaga atau mengembalikan kemampuan otonom pihak lain (memungkinkan pihak lain untuk bertindak otonom), kewajiban untuk mengembangkan pengambilan keputusan yang otonom dan bukan hanya sekedar menghormati otonomi”.

Bagian pertama tulisan ini membahas otonomi dalam kaitannya dengan kebebasan. Hanya dengan memandang otonomi sebagai pilihan, kita dapat memastikan pemahaman, maksud dan kebebasan pasien, sehingga mengembangkan otonominya.

Pada bagian kedua esai ini, kita diingatkan bahwa kompetensi kultural harus memainkan peranan penting dalam penerapan otonomi. Hal ini tidak sekedar “baik bila dilakukan”, namun telah menjadi bagian dari undang-undang. Pada bulan Desember 2000, Bagian Kesehatan Kaum Minoritas dari Departemen Kesehatan dan Pelayanan Masyarakat AS menerbitkan standar nasional untuk pelayanan kesehatan yang layak secara budaya. Dengan bercermin pada bagaimana kebudayaan membentuk pandangan hidup pasien, para dokter akan diajak untuk berefleksi mengenai bias, nilai, kepercayaan dan cara hidup mereka sendiri, sehingga meningkatkan profesionalisme mereka.

Menyangkut tantangan zaman modern, kita harus ingat bahwa di seluruh dunia terdapat tingkat ekonomi berbeda dengan masalah kesehatan yang berbeda pula. Merupakan hal yang wajar jika otonomi merasuk dalam aspek kehidupan lainnya dulu sebelum memasuki bidang medis. Jika seseorang tidak dapat mengambil keputusan secara sadar dan beralasan mengenai merek shampoo yang

ia pakai, akan berbahaya untuk mengharapkan orang yang sama mengambil keputusan mengenai hidup dan mati.

Akhirnya, lebih dari sebelumnya, kita memerlukan kepercayaan dalam hubungan dokter-pasien. Tanpa kepercayaan, tidak akan ada otonomi sebab otonomi sebagai pilihan merupakan sebuah konsep sosial, bukan individual. Hanya dengan menerima fakta ini barulah kita dapat mengembangkan otonomi melampaui segala batasan.

*)Esai ini adalah hasil penulisan sebagai bagian dari program studi *European Master in Bioethics*. Naskah asli ditulis dalam Bahasa Inggris dengan judul “*Autonomy as a Choice*”.

Catatan Akhir

- ¹ Raanan Gillon, *Ethics need principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be 'first among equals'*, *Journal of Medical Ethics*
- ² Carl E. Schneider, *The practice of autonomy: patients, doctors and medical decisions*
- ³ T.L. Beauchamp dan J.F. Childress, JF: 2001, *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed
- ⁴ A. Gawande, "Whose body is it, anyway?" *New Yorker Magazine*. Oct 4th, 1999: 84-91.
- ⁵ Shimon M Glick, "The morality of coercion". *Journal of Medical Ethics* 26: 393-395.
- ⁶ Garrard, E Dawson, A, "In defense of moral imperialism: four equal and universal prima facie principles". *Journal of Medical Ethics* 32: 200-204.
- ⁷ Blackhall, LJ, "Ethnicity and attitudes toward patient autonomy". *JAMA* 274 (10):2567-2573.
- ⁸ Kagawa-Singer, "Negotiating cross-cultural issues at the end of life: 'You've got to go where he lives'". *JAMA* 286: 2993-3001.
- ⁹ Tsai, "The bioethical principles and Confucius' moral philosophy". *Journal of Medical Ethics* 31: 159-163.
- ¹⁰ AM. Stiggelbout, "Ideals of patient autonomy in clinical decision making: a study on the development of a scale to assess patients' and physicians' views". *Journal of Medical Ethics* 30: 268-274.
- ¹¹ Gregory W Ruhnke, "Ethical decision making and patient autonomy". *Chest* 118: 1172-1182
- ¹² Susan, Greenwald Lee, "Patient Autonomy – swinging the pendulum back". *Philosophy and Medicine* 81(3): 251-254.
- ¹³ Onora O'Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*
- ¹⁴ AM Jafarey dan A Farooqui, "Informed consent in the Pakistani milieu: the physician's perspective". *Journal of Medical Ethics* 31: 93-96.
- ¹⁵ Wendy, A Rogers, "Whose autonomy? Which choice? A study of GPs' attitudes towards patient autonomy in the management of low back pain". *Family Practice* 19: 140-145.
- ¹⁶ David Mechanic, "Physician Discontent: challenges and opportunities". *JAMA* 290: 941-946.

Daftar Pustaka

- Beauchamp, TL, Childress, JF: 2001, *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press.
- Blackhall, LJ, et al.: 1995, "Ethnicity and attitudes toward patient autonomy".
- Cowley, C: 2005, "The dangers of medical ethics". *Journal of Medical Ethics*
- Dawson, A, Garrard, E: 2006, "In defense of moral imperialism: four equal and universal prima facie principles". *Journal of Medical Ethics*.
- Gawande, A: 1999, "Whose body is it, anyway?" *New Yorker Magazine*. Oct 4th
- Gillon, Raanan: 2003, "Ethics need principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be 'first among equals'". *Journal of Medical Ethics*.
- Glick, Shimon M: 2000, "The morality of coercion". *Journal of Medical Ethics*.
- Jafarey, AM, Farooqui, A: 2005, "Informed consent in the Pakistani milieu: the physician's perspective". *Journal of Medical Ethics*.
- Kagawa-Singer, Marjorie, Blackhall, Leslie J: 2001, "Negotiating cross-cultural issues at the end of life: 'You've got to go where he lives'".
- Lee, Susan, Greenwald, Ari: 2004, "Patient Autonomy – swinging the pendulum back". *Philosophy and Medicine* 81(3).
- Mechanic, David: 2003, "Physician Discontent: challenges and opportunities".
- Morrison, SR, et al.: 1998, "Barriers to completion of health care proxies: an examination of ethnic differences". *Archives of Internal Medicine* 158.
- O'Neill, Onora: 2002, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Rogers, Wendy, A: 2002, "Whose autonomy? Which choice? A study of GPs' attitudes towards patient autonomy in the management of low back pain". *Family Practice* 19.

- Ruhnke, Gregory W, et al.: 2000, "Ethical decision making and patient autonomy". *Chest* 118.
- Schneider, Carl E: 2000, "The practice of autonomy: patients, doctors and medical decisions".
- Stiggelbout, AM, et al.: 2004, "Ideals of patient autonomy in clinical decision making: a study on the development of a scale to assess patients' and physicians' views". *Journal of Medical Ethics* 30.
- Tsai, DF-C: 2005, "The bioethical principles and Confucius' moral philosophy". *Journal of Medical Ethics* 31.